



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CELÂNDIA – FCE
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

TATIANE APARECIDA SOARES BOMFIM

ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE: AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA
DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO DE CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL.

BRASÍLIA – 2013.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CELÂNDIA – FCE
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

TATIANE APARECIDA SOARES BOMFIM

ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE: AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA
DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO DE CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL.

Monografia apresentada à Faculdade
de Ceilândia – FCE, da Universidade
de Brasília – UNB, como requisito para
a obtenção do grau de Bacharelado em
Saúde Coletiva. Orientadora: Aldira
Guimarães Duarte Dominguez.

BRASÍLIA – 2013.

TATIANE APARECIDA SOARES BOMFIM

ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE: AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA
DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO DE CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à banca examinadora da
Universidade de Brasília – UNB,
Faculdade de Ceilândia – FCE, como
requisito para a obtenção do Grau de
Bacharelado em Saúde Coletiva sob a
orientação da professora Aldira
Guimarães Duarte Dominguez.

Aprovado em 26 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Aldira Guimarães Duarte Dominguez
Universidade de Brasília

Profa. Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília

Profa. Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Universidade de Brasília

Ceilândia, 26 de julho de 2013.

A Deus por ser meu equilíbrio e fonte de amor.

Ao Sílvia Fernando Borges (*in memoriam*) por ter florido a vida de minha mãe e,
consequentemente, a de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a **Deus e a Nossa Senhora**, minha fiel intercessora, por iluminarem meu caminho e pela possibilidade de vencer o meu limite e concluir a graduação.

Minha gratidão à minha mãe, **Geralda Frutuoso Soares**, por ser meu porto seguro e exemplo de força, por me passar uma de suas riquezas que é o interesse e apoio ao estudo.

Minha gratidão ao meu pai, **Arlindo Bomfim**, por todo amor e estímulo para meu crescimento pessoal.

Minha gratidão à **Nilva**, por permitir, juntamente com a Deus, a minha vida.

Minha gratidão aos meus irmãos, **Fabiano Bomfim, Guilherme Bomfim e Ana Beatriz Soares**, por aguentarem toda a minha tensão durante este árduo, porém valioso processo.

Minha gratidão à minha madrinha, **Simone Soares**, por toda preocupação e presença em minha vida.

Minha gratidão ao meu padrinho, **Wellington Soares** e sua esposa **Geórgia Danila**, pela disposição de revisar o meu projeto e orientações imprescindíveis.

Minha gratidão ao meu amor, **Fabício Rocha Moreira**, por ser meu braço direito e esquerdo, acreditando e me fazendo acreditar em minha capacidade. Sou imensamente feliz por seu carinho e apoio incondicional.

Minha gratidão aos meus demais **amigos e familiares**, por todo companheirismo, mesmo durante as minhas ausências. Nossas conversas e momentos de distrações me conferiram mais leveza durante a vida acadêmica e execução deste trabalho.

Minha generosa gratidão a todas as minhas jóias raras, **os jovens idosos participantes**, por toda a presteza, conversas e troca de experiências. Sem vocês este trabalho não teria acontecido.

Minha gratidão às professoras **Carla Pintas** e **Luiza de Marillac**, por aceitarem o convite de participação da minha banca examinadora. Além de serem como espelho, ensinando-me, durante a vida acadêmica, seus atos de determinação, empenho, respeito ao próximo e amor à profissão.

Minha gratidão à minha orientadora **Aldira Guimarães Duarte Dominguez**, por amadurecer meus conhecimentos, com quem aprendi conceitos importantíssimos no decorrer da graduação, execução e conclusão desta monografia.

Minha gratidão a todos **os excelentes mestres** que encontrei durante a minha trajetória até aqui, pela amizade e por me ensinar a ser uma pessoa/profissional justa e competente.

Minha gratidão a **Daniela Moreira, Fábio Romeu, Jeane Santos, Nágila Verônica, Nathani Amorim** e **Priscila Gomes**, cada um de sua maneira, pela ajuda e contribuição para a finalização deste trabalho.

Minha gratidão, em especial, aos professores **Iturri de La Mata, Patrícia Escalda, Clélia Maria Parreira, Mariana Sodario** e à amiga de todos os momentos, **Priscila Gomes Brito**, por me ajudarem na situação mais delicada de minha graduação e vida pessoal.

Mensagem de um idoso

*Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo, sinto-me tão só...

Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...

Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...

Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia você terá a minha idade...

A única coisa que desejo, neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...

Um pouco...

Do muito que te dei um dia!!!

Autor desconhecido.

Resumo

O aumento da expectativa de vida e o número de pessoas que chegam à terceira idade são próprios da melhoria da qualidade de vida e fortalecimento das ações de promoção da saúde. A Atividade Física contribui para a melhora de saúde em todas as faixas etárias, em especial na terceira idade, gerando adaptações fisiológicas e psicológicas. A Academia da Terceira Idade (ATI) é um programa já inserido em diversos estados do Brasil. São caracterizadas pela livre circulação e sem custo para todas as pessoas. Podem também estar localizadas em Pontos de Encontro Comunitário (PEC) e são constituídas por um conjunto diferenciado de aparelhos que exercitam por meio do fortalecimento da musculatura, garantida pelo peso do corpo do próprio indivíduo. O objetivo deste trabalho foi identificar os principais avanços e desafios para a adesão dos idosos na prática de atividade física em cinco ATIs da Região Administrativa de Ceilândia/DF. Este estudo consiste em uma pesquisa qualiquantitativa, com a realização de visitas observacionais e aplicação de questionário aos 55 sujeitos selecionados. Este estudo identificou a preocupação das pessoas idosas em se manterem ou se tornarem saudáveis. Os aspectos enaltecidos: reconhecimento dos benefícios trazidos pela prática regular de atividade física; acesso livre aos equipamentos, favorecimento do processo de socialização entre os frequentadores; localização próxima de suas residências e melhoria no estado geral de saúde foram referidos. Problemas como: a falta de segurança, ausência de profissionais habilitados no local e precariedade na conservação e manutenção dos aparelhos também foram mencionados pelos participantes do estudo.

Palavras chave: Academia da Terceira Idade, Idoso, Atividade Física, Promoção da Saúde.

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Justificativa.....	13
3. Referencial Teórico.....	14
3.1. Transição demográfica e expectativa de vida: Reflexos para o envelhecimento populacional.....	14
3.2. Envelhecimento Ativo.....	15
3.3. Morbidade na terceira idade.....	16
3.4. Qualidade de vida e capacidade funcional ao indivíduo idoso.....	17
3.5. Promoção da saúde e atividade física regular.....	20
3.6. Programas de promoção da saúde como apoio para a atividade física regular na terceira idade.....	19
4. Objetivos.....	22
4.1. Objetivo Geral.....	22
4.2. Objetivos Específicos.....	22
5. Metodologia.....	23
5.1. Amostra da pesquisa.....	24
5.2. Descrição das cinco academias observadas.....	25
5.2.1. QNP 14 – Setor P. Sul.....	25
5.2.2. QNP 18 – Setor P. Sul.....	25
5.2.3. QNM 06/08 – Guariroba.....	25

5.2.4. QNN 24 – Ceilândia Sul.....	26
5.2.5. QNM 11 - Ceilândia Norte.....	26
5.3. Equipamentos das ATIs.....	26
5.4. Aspectos éticos.....	27
6. Resultados e discussão.....	28
6.1. Perfil dos usuários e suas características sócio-demográficas.....	28
6.2. Condições auto-referidas de saúde e de morbidade.....	29
6.3. Adesão/acesso.....	30
6.4. Condições e acessibilidade dos aparelhos das ATIs.....	31
6.5. Segurança local.....	32
6.6. Bem estar.....	33
6.7. Apoio profissional.....	35
6.8. Motivação e importância da prática de exercícios físicos na percepção dos usuários.....	36
6.9. Academias da Terceira Idade - favorecendo a promoção da saúde e a qualidade de vida dos idosos.....	37
6.10. Academias da Terceira Idade e as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	38
7. Considerações Finais.....	40
Referências Bibliográficas.....	42
APÊNDICES.....	46
ANEXOS.....	52

1. Introdução

Com a análise da transição demográfica, percebe-se alteração na estrutura etária, caracterizada pelo envelhecimento populacional de forma crescente. De acordo com o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira nesse ano era de 190.755.799 habitantes, sendo 14.081.480 com idade de 60 anos ou mais, correspondendo à população idosa no Brasil. Na década de 1990, os idosos representavam 4,8% da população, já em 2000, 5,8% e no ano de 2010 chegam ao percentual de 7,4%.

A tendência do envelhecimento populacional evidenciada aponta para a necessidade de implementar ações que promovam a saúde da população idosa. A Academia da Terceira Idade (ATI) é um programa já inserido em diversos locais do Brasil, caracterizada por ser ao ar livre e sem custo para os usuários. Pode também estar localizada em Pontos de Encontro Comunitário (PEC), esta academia é constituída por um conjunto diferenciado de aparelhos que exercitam por meio do fortalecimento da musculatura, garantida somente pelo peso do próprio indivíduo.

Por estarem instaladas em locais de grande circulação de pessoas, as ATIs proporcionam a maior interação entre os frequentadores e são espaços de promoção da saúde e do bem-estar não apenas físico, mas, também, psicossocial dos usuários. Como a Academias da Terceira Idade favorece na promoção da saúde e na qualidade de vida dos frequentadores? Esta foi a pergunta central que serviu de guia para este estudo.

Acredita-se que o vínculo criado entre os frequentadores das ATIs favorece o bem-estar, eleva a auto-estima, assim como o processo de socialização dos frequentadores, favorecendo a adesão dos idosos e a prática regular de atividade física.

No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, as ATIs geralmente se encontram próximas aos Centros de Saúde, o que favorece o encaminhamento e orientação dos profissionais para as práticas de exercícios nesses espaços. Outro aspecto importante está no fato das ATIs ter acesso livre, tornando-se atrativas principalmente para os idosos menos favorecidos economicamente.

O capítulo IV da Política Nacional do Idoso (PNI) estabelece as competências dos órgãos e entidades públicas em diversas áreas, dentre elas, na área de promoção e assistência social e na área da saúde, como: prevenir, promover,

proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas. Ressalta-se que o respeito aos princípios e diretrizes instituídos na referida política é que trará os impactos favoráveis às ações implantadas.

Estudiosos enfatizam a importância de incluir as atividades físicas nos programas mundiais de promoção da saúde, visto que o Índice de Massa Corporal (IMC) acima do considerado normal acarreta, principalmente na fase do envelhecimento, a mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes, levando em consideração que os valores abaixo estão relacionados com elevação da mortalidade por doenças respiratórias, infecciosas e câncer. Com isso, exercitar o corpo é um aliado seguro para prevenção de doenças e promoção da saúde (FREITAS *et al*, 2007).

Os setores governamentais voltadas para a promoção da saúde da pessoa idosa vêm impulsionando cada vez mais as práticas de atividades físicas para este grupo específico. Programas que promovam a prática de atividades físicas para a saúde do idoso apesar de serem crescentes ainda são caracterizados como insuficientes. Esta problemática é identificada em estudos com ênfase no envelhecimento populacional e políticas públicas de saúde.

Com as mudanças demográficas, o número de pessoas idosas é crescente e, conseqüentemente, há o aumento de doenças próprias do envelhecimento que podem ser evitadas e controladas com a prática de atividades físicas, por exemplo. Desse modo, faz-se necessário aprofundar na análise sobre a importância das práticas de exercícios físicos voltadas para a promoção da saúde do indivíduo, em especial, do idoso. E, também, quanto a relevância de formular e implantar ações de saúde que promovam a qualidade de vida na terceira idade.

O IBGE aponta os estados com maior proporção de população idosa no Brasil: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo. Este trabalho foi desenvolvido em 2013 na cidade de Ceilândia do Distrito Federal, situada a 26 quilômetros da RA I – Brasília. De acordo com os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2010, a população urbana de Ceilândia é de 398.374 habitantes. Destes, 44.737 são caracterizados por terem 60 anos ou mais de idade, representando 11,2% da população total de Ceilândia.

Ceilândia constitui a Região Administrativa IX que possui uma área urbana de 29,10 Km² e está subdividida nos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de

Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê, e condomínios que estão em fase de legalização como o Pôr do Sol e Sol Nascente.

Com isso, este trabalho traz como problema objeto de estudo analisar quais os principais avanços e desafios das Academias da Terceira Idade no que se refere à adesão desses espaços na melhoria da qualidade de vida dos frequentadores de cinco destas academias localizadas em Ceilândia/DF.

2. Justificativa

O tema escolhido justifica-se por sua relevância e pertinência, pois com as mudanças demográficas, tornou-se crescente o número de pessoas idosas, conseqüentemente, há o aumento de doenças próprias do envelhecimento que podem ser evitadas e controladas com a prática de atividades físicas regulares. Ademais, a realidade epidemiológica brasileira se caracteriza pela tripla carga de doenças, com a presença de doenças infectocontagiosas, doenças crônicas e causas externas. A rede de atenção à saúde deve contar com ações que visem promover a saúde e garantir a qualidade de vida do cidadão, ao longo dos anos. Neste sentido, considera-se que a prática regular de atividade física oferecida por programas como a das ATIs, apesar de ser crescente, ainda é insuficiente.

3. Referencial Teórico

3.1. Transição demográfica e expectativa de vida: Reflexos para o envelhecimento populacional.

A pessoa idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquela com 60 anos de idade ou mais. Este conceito é válido para países em desenvolvimento e para os países desenvolvidos é a faixa etária de 65 anos ou mais de idade. De acordo com a OMS, o grupo etário de 60 anos é o mais crescente a nível mundial e a projeção de crescimento de 1970 a 2025 é de aproximadamente 223% desta população (BRASIL, 2010).

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD 2009) traçou o perfil socioeconômico da população idosa. Do total, 66% já estavam aposentados e aproximadamente 12% tinham renda domiciliar por pessoa de até meio salário mínimo. A maioria das pessoas idosas é constituída de 55,8%, das quais 64,1% têm posição de principal referência em sua moradia. O grau de instrução ainda é considerado como problema, visto que 30,7% tinham menos de um ano de vivência escolar (IBGE, 2010).

A elevação da expectativa de vida ocorreu de forma gradativa, motivada pela melhora das condições sociais e de saneamento básico. O processo de envelhecimento populacional, ao contrário do que pensam, acontece com a queda da taxa de fecundidade e não com a diminuição da mortalidade (NASRI, 2008). As mudanças advindas do uso da tecnologia moderna (antibióticos, vacinas, quimioterápicos, assepsia e outros.) interferiram no aumento da mortalidade, independente do perfil econômico da população, o que contribui para elevar o período de anos vividos do indivíduo (GORDILHO *et al*, 2000).

Por volta do ano de 2025, acredita-se que o Brasil estará em sexto lugar, com aproximadamente 33,8 milhões de idosos. A população brasileira crescerá cinco vezes mais e a quantidade de idosos em torno de quinze vezes, configurando o aumento proporcional mais elevado dentre os países mais populosos do mundo nesse período (KALANCHE *et al*, 1987; VERAS, 1994). O envelhecimento populacional reflete na evolução da sociedade como um todo. Esse processo é advindo do progresso global e melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Entretanto, Fábio Nasri (2008) afirma que não foram constatadas, de forma significativa, melhoras na condição de saúde e de vida das pessoas para justificar a tendência crescente da expectativa de vida.

3.2. Envelhecimento Ativo

O termo Envelhecimento Ativo ganhou maior visibilidade pela OMS a partir da década de 1990, apoiando a importância dos determinantes econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde, todos voltados para proporcionar o envelhecimento com qualidade. “O envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (OMS, 2008, p. 10).

Tavares e Quedinho (2010) colocam o envelhecimento ativo como um desafio que terá, a partir de iniciativas governamentais como, entre outras, as políticas de saúde, os seguintes resultados:

1) menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos; 2) menos deficiências associadas às doenças crônicas na Terceira Idade; 3) mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; 4) mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; 5) menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica. (TAVARES; QUEDINHO, 2010, p. 46).

É necessário maior envolvimento dos atores sociais quanto à produção e disponibilização de informação a cerca do envelhecimento, fato identificado por Veras (1994) como um desafio para o campo da Saúde Coletiva. A elaboração dos dados epidemiológicos sobre a transição populacional propicia para o direcionamento das pesquisas e elaboração de políticas, ações e serviços voltados a atender esta demanda, a partir de práticas intersetoriais e multiprofissionais e que merecem maior atenção por parte das autoridades governamentais para obter resultados satisfatórios.

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais. (BRASIL, 1996, p.1)

A Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Esta apresenta em sua estrutura as diretrizes que auxiliam os tomadores de decisão no momento de elaborar e acompanhar os programas e ações voltadas para o cuidado integral à saúde do idoso: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

De acordo com Gordilho *et al* (2001, p. 138), a PNSI tem como objetivo “permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, a sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida.” Nesta política a Promoção da Saúde torna-se elemento norteador em uma das diretrizes e estabelece para o seu cumprimento:

O desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde (GORDILHO *et al.*, 2001, p.144).

3.3. Morbidade na Terceira Idade

A terceira idade é o grupo com maior proporção de pessoas diagnosticadas com doenças crônico-degenerativas, com limitações para realizar atividades do cotidiano e outros fatores debilitantes. Dados revelam que cerca de 80% da população idosa apresenta ao menos uma doença crônica e, dentre estes, 10% possuem, no mínimo, cinco dos problemas crônicos de saúde (PEDRAZZI *et al.*, 2007). A PNAD 2009 mostra que apenas 22,6% da população de idosos declararam não possuir doenças e 48,9% referiram ter mais de uma doença crônica.

Durante o processo de envelhecimento, mudanças psíquicas e físicas podem ocorrer de forma progressiva limitando o indivíduo a realizar atividades básicas da

vida diária (ABVDs) gerando a perda de sua capacidade funcional (MORETTI *et al*, 2009).

3.4. Qualidade de vida e capacidade funcional ao indivíduo idoso

O termo Qualidade de Vida (QV) compreende uma diversidade de definições, variando de acordo com os aspectos sociais, culturais e econômicos. Este estudo tem como embasamento o conceito aplicado pela OMS (1997): a percepção dos indivíduos sobre os sistemas de cultura e valor no qual vivem e relacionando-os aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Influenciada pela saúde física, psicológica, grau de independência, relações sociais, crenças pessoais e o ambiente no qual o indivíduo está exposto. Quanto a qualidade de vida é importante mencionar que:

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (MINAYO *et al*. 2000. p. 10).

O indicador usual para medir o grau de independência, auxiliar na adoção de medidas preventivas e das intervenções terapêuticas é a capacidade funcional (TAVARES; DIAS, 2012). A incapacidade funcional somado as morbidades fragiliza o idoso na realização das atividades básicas cotidianas gerando inquietações que impedem na melhora da qualidade de vida na terceira idade.

A PNSI coloca como o objetivo justamente promover o envelhecimento saudável, prevenir as doenças, recuperar a saúde, preservar/melhorar/reabilitar a capacidade funcional dos idosos com o intuito de assegurar-lhes seu vínculo na sociedade em que vivem, realizando suas atividades de forma independente.

Pesquisas revelam que a prática de exercícios físicos influencia na qualidade de vida, por meio da obtenção e manutenção da saúde e bem estar (FREITAS *et al*, 2007). A população idosa, ao longo dos anos, aumenta consideravelmente, o que

contribui para a importância de acompanhar e fortalecer os programas que promovam a qualidade de vida deste grupo (VERAS, 2009).

3.5. Promoção da saúde e atividade física regular

O termo Promoção da Saúde é recente na história e foi incrementado ao longo dos eventos em saúde. Apareceu em documento pela primeira vez no Informe de Lalonde. Em 1986 aconteceu a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde que originou a Carta de Ottawa. Conceituou promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhora da qualidade de vida e saúde, somado a uma maior participação nesse processo” (LOPES; *et al*, 2007).

A declaração de Adelaide realizada em 1988 enfatizou as políticas públicas como responsáveis por uma vida saudável. Sundsvall, em 1991, foi a primeira conferência a citar o meio ambiente como ação para promover saúde. A declaração de Jacarta, em 1997, reconheceu a participação popular e o empoderamento das pessoas por meio do acesso à educação e informação. Em 2000, a Declaração do México contou com o compromisso de governantes em utilizar a promoção da saúde como política, contando com estratégias para minimizar os determinantes em saúde e problemas em seus países. A Declaração de Bangkok em 2005 afirmou a saúde como um direito fundamental e reconheceu a globalização como facilitador no trabalho em prol da saúde e diminuição de agravos da saúde entre as nações (LOPES *et al*, 2007).

Verifica-se um aumento nas publicações de trabalhos científicos que abordam a importância dos exercícios físicos regulares para promover a saúde. Matsudo et al. (2000) afirma que “os cientistas enfatizam, cada vez mais, a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde. Não se pode pensar hoje em dia, em “prevenir” ou minimizar os efeitos do envelhecimento sem que, além das medidas gerais de saúde, inclua-se a atividade física”.

Estudos de caso e controle, por exemplo, comprovam a associação da qualidade de vida com a prática de atividades físicas. Tendo a promoção da saúde e qualidade de vida elementos importantes advindos da realização de exercícios físicos. É importante ressaltar o impacto econômico, haja vista que uma pessoa que

se sente saudável refletirá na elevação da produtividade e satisfação profissional. O que motiva as empresas elevarem os seus lucros e minimizarem os gastos, por meio da redução do absenteísmo de funcionários, relacionado com apresentação frequente de atestados médicos e afastamento do trabalho (ASSUMPÇÃO; MORAES; FONTOURA, 2002). Segundo Matsudo (2006, p. 137), “Neste novo conceito de vida ativa as atividades físicas realizadas no lar, no trabalho e no tempo livre são as que garantem uma vida ativa e saudável quando o objetivo é a promoção de saúde com a prática regular da atividade física”

Recomenda-se a prática de atividade física regular na terceira idade para conservar e melhorar a densidade de minérios nos ossos e prevenir a queda de massa óssea. É importante manter o tratamento por meio de medicamentos e exercício físico. Somente a atividade física não é o suficiente, a terapia medicamentosa é uma aliada para prevenir fraturas. Dentre os efeitos da atividade física, ressalta-se a melhora da força, da massa muscular e da flexibilidade articular, de forma satisfatória, em pessoas acima de 50 anos (NÓBREGA *et al.*, 1999).

A atividade física contribui para a melhora de saúde em todas as faixas etárias, em especial na terceira idade, gerando adaptações fisiológicas e psicológicas, dentre as quais: elevados benefícios circulatórios periféricos, ganho da massa muscular, maior controle do nível de glicose no sangue, melhora do quadro lipídico, perda do peso corporal, maior controle da pressão arterial durante o repouso, melhora da respiração, melhora do equilíbrio e reflexos, minimização da dependência na realização de atividades cotidianas, garantindo a auto-estima e a autoconfiança (NÓBREGA *et al.*, 1999).

A prática regular de exercícios físicos reduz a incidência de quedas, o perigo de fraturas e a mortalidade em pessoas com a doença de Parkinson, sendo a realização de caminhada, exercício de força e trabalho de equilíbrio o mais indicado. Esta também indicada para outras doenças do sistema neurológico, como doença de Alzheimer e esclerose múltipla (NÓBREGA *et al.*, 1999).

3.6. Programas de promoção da saúde como apoio para a atividade física regular na terceira idade

O que motiva e impulsiona o fortalecimento de políticas sociais e de saúde com programas de promoção da saúde para o idoso é a mudança no perfil de

mortalidade da população brasileira, que passou a ser característica da idade avançada do indivíduo, determinando a prevalência das condições crônicas e bloqueando a capacidade funcional do mesmo (NÓBREGA *et al*, 1999).

Segundo a publicação na Revista Brasileira de Medicina do Esporte (1999), o Centro Nacional de Estatística para a Saúde fez projeção e concluiu que 84% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos são dependentes na realização de suas atividades cotidianas. Em 2020, ocorrerá aumento de 84 a 167% no percentual de idosos com moderada ou grave incapacidade. Assim, direcionar a formulação de novos programas à saúde do idoso, com enfoque na prática de atividades físicas regulares e reabilitação, estimula o indivíduo a conviver melhor com a sua incapacidade funcional, minimizando-a ou prevenindo com maior satisfação e qualidade.

O governo em seus diferentes níveis, as instituições médicas e científicas, as entidades não governamentais e a mídia devem divulgar o conceito de que a atividade física é fundamental para a promoção da saúde do idoso e desenvolver ações objetivas e concretas para viabilizar a prática regular de atividade física orientada nessa faixa etária (NÓBREGA, *et al.*, 1999, p. 211).

O conceito promoção da saúde enfocado e utilizado em programas de atividade física. No início, implantados para todas as faixas etárias, o primeiro programa que se sabe foi criado no ano de 1972, conhecido como Noth Karelia em Finlândia. Na Inglaterra, no ano de 1979, conhecido como Active for Life. Active Living do Canadá em 1992. Em 1997, Active Australian na Austrália. Pela Organização Mundial da Saúde surgiu o Programa Envelhecimento Ativo, em 1999. Health People nos Estados Unidos no ano 2000 e, conseqüentemente, vários outros (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007).

No Brasil, o Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo foi o primeiro a realizar atividades voltadas à população idosa, por meio do Programa das Escolas Abertas do SESC, em 1977, servindo de molde para universidades. A primeira a trabalhar com atividades físicas na terceira idade foi a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 1982, Santa Catarina. E assim, diversos programas foram implantados no Brasil (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007). Para este trabalho o Programa Academia da Terceira Idade (ATI) ou conhecido como Ponto de Encontro Comunitário (PEC), localizado em várias regiões do Brasil, foi o modelo estudado. Na literatura, por meio da busca no portal de pesquisa da Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS) não foram encontrados estudos que focam neste programa específico, talvez por ser uma ação recente e, assim, pouco desenvolvida e divulgada na literatura brasileira.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Identificar os principais avanços e desafios para a adesão dos idosos à prática de atividade física regular nas Academias da Terceira Idade (ATI) da Ceilândia/DF.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos idosos que frequentam as cinco ATIs estudadas
- Captar a percepção dos usuários quanto à importância da prática de exercícios físicos regulares.
- Analisar as Academias da Terceira Idade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

5. Metodologia

Este estudo consiste em uma pesquisa quali-quantitativa e foi realizado na Região Administrativa de Ceilândia/DF, no ano de 2013. O método quantitativo gera dados, indicadores e tendências que podem ser observadas e também produzem modelos na teoria que podem ser aplicados na prática. Já o método qualitativo é aplicado ao estudo da história, das representações, das crenças, das percepções, das relações e das opiniões, todos estes resultados das interpretações do indivíduo sobre a maneira como vivem, desenvolvem-se, como se sentem e pensam (MINAYO, 2008).

Estudos desenvolvidos nesta perspectiva, utilizando abordagens quantitativas e qualitativas revelam:

(1) elas não são compatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa; (2) uma investigação de cunho quantitativo pode ensejar questões passíveis de serem respondidas só por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhe um acréscimo compreensivo e vice-versa; (3) que o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos; (4) que todo o conhecimento do social (por método quantitativo ou qualitativo) sempre será um recorte, uma redução ou uma aproximação; (5) que em lugar de se oporem, os estudos quantitativos e qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas (MINAYO, 2008, p. 76).

Considerando o exposto, optou-se realizar este estudo na abordagem tanto quantitativa como qualitativa.

A coleta dos dados foi feita por meio da aplicação de questionários semi estruturados, com questões fechadas que buscavam obter informações socioeconômicas, portanto de caráter quantitativo e questões abertas com o intuito de obter dados para uma análise de caráter qualitativo. O instrumento utilizado foi aplicado de forma individual de preenchimento único e exclusivo ao pesquisador. Os participantes foram informados quanto ao sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los (as).

Os questionários foram organizados e classificados de acordo com as seguintes variáveis: perfil dos usuários e suas características sócio-demográficas;

Condições auto-referidas de saúde e de morbidade; adesão/ acesso; condições e acessibilidade dos aparelhos das ATIs; segurança local; bem estar físico, mental e social; apoio profissional; motivação à prática regular de exercícios físicos; Academia da Terceira Idade a favor da promoção de saúde e Academias da Terceira Idade e as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A análise dos dados quantitativos deste estudo foi feita por meio da tabulação e estatística dos dados utilizando o Excel, na produção de indicadores de porcentagem. Considerou-se o argumentado por Roesch (1996) em que na análise quantitativa, é possível calcular médias, computar percentagens, examinar os dados com objetivo de verificar a possibilidade de significância estatística, também pode calcular correlações, ou tentar várias formas de análise multivariada, como a regressão múltipla ou a análise fatorial. Estas análises podem “captar os possíveis sentidos daquele dado”, assim, podem testar hipóteses e fazer comparação de seus resultados.

Na análise qualitativa foram trabalhadas com as observações dos locais, feitas pela pesquisadora durante a aplicação do instrumento de pesquisa. As questões abertas dos questionários levando em consideração o conteúdo mencionado pelos participantes. Segundo Bardin, (1979, p.42) *apud* Minayo (2008) a análise das falas considera: “Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.”

5.1. Amostra da Pesquisa

Considerou-se idoso neste estudo pessoas com 60 anos de idade ou mais conforme o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a Política Nacional do Idoso. Foram pesquisados idosos que frequentavam as cinco ATIs, localizadas em Pontos de Encontros Comunitários (PECs), na Região Administrativa de Ceilândia – Distrito Federal.

No total responderam ao questionário 55 idosos, sendo 11 usuários de cada uma das cinco academias incluídas neste estudo, os questionários foram aplicados nos meses de abril e maio, nos turnos da manhã, tarde e noite. Sendo de aplicação e preenchimento único e exclusivo da pesquisadora. As ATIs selecionadas para a

pesquisa ficam localizadas na QNP 14, QNP 18 do Setor P Sul, QNM 06/08 da Guariroba, QNN 24 de Ceilândia Sul e QNM 11 de Ceilândia Norte. Os critérios de seleção foram duas próximas à residência da pesquisadora, região sul; uma localizada na região central da cidade e duas na região norte. Tudo isso, visando obter uma ampla abrangência da cidade estudada

5.2. Descrição das cinco academias observadas:

5.2.1. QNP 14 - Setor P. Sul

A academia é localizada em uma praça bem cuidada e arborizada, existe há dois anos. Esta ATI tem a participação de dois moradores responsáveis pela manutenção do local. Periodicamente, há realização de limpeza e cultivo nos canteiros de plantas. A comunidade próxima é mobilizada na participação de bingos e rifas para arrecadar verba para a revitalização e manutenção da praça, quando necessária. Todos os aparelhos encontram-se em estado de bom uso, apenas um equipamento não tinha sido reparado por estar danificado provavelmente por conta do tempo de uso e efeitos naturais como sol e chuva.

5.2.2. QNP 18 - Setor P. Sul

Localizada em uma avenida bastante movimentada, a academia foi implantada há um ano. Possui equipamentos diferenciados, quando comparados às outras academias. Semanalmente, realiza-se a limpeza geral na praça, mas é preciso maior empenho para ações de conservação do local.

5.2.3. QNM 06/08 – Guariroba

Foi uma das primeiras de Ceilândia a ser implantada como Ponto de Encontro Comunitário (PEC) e não mais como Academia da Terceira Idade (ATI), possui estrutura satisfatória. Há intensa participação de idosos, pelo fato de ter uma quadra, próxima ao local, onde é realizado o programa Ginástica nas Quadras.

5.2.4. QNN 24 – Ceilândia Sul

O ponto se localiza em um local isolado. Observou-se que nessa ATI que se encontra em estado de abandono, aparelhos danificados, pinchados, com o mato alto e descuidado. Qualidade dos aparelhos de forma indesejável.

5.2.5. QNM 11 - Ceilândia Norte

O ponto foi instalado em uma área bem localizada, com a presença de quadras esportivas, próximo a comércio de grande circulação de pessoas. Aparelhos com necessidade de manutenção.

5.3. Equipamentos das ATIs

As ATIs possuem os seguintes equipamentos instalados:

Simulador de caminhada - simula a caminhada. (Fotografia 1).

Esqui - trabalha todo o corpo com movimentos que alongam o corpo (Fotografia 2).

Pressão de pernas – trabalha a musculatura das pernas com movimento de ida e volta (Fotografia 3).

Multi exercitador - aparelho que permite ao usuário trabalhar de diferentes formas a musculatura dos braços, pernas e costas. É o equipamento que conta com um peso além do peso corporal, apropriado para pessoas de baixa resistência muscular (Fotografia 4).

Alongador - aparelho que proporciona o alongamento de todo o corpo (Fotografia 5).

Simulador de cavalgada – trabalha as pernas e braços com o movimento de contração e relaxamento dos músculos (Fotografia 6).

Remada sentada - trabalha os braços, com movimentos semelhantes a remada (Fotografia 7).

Surf – movimentos laterais na região da cintura. Aparelho mais utilizado por mulheres, alguns homens se sentem constrangidos por trabalhar a região da cintura (Fotografia 8).

Rotação dupla diagonal e rotação vertical - trabalham a coordenação motora (Fotografia 9).

Placa de orientação - local que contém sugestões de alongamentos e informações superficiais sobre os aparelhos (Fotografia 10).

5.4 Aspectos Éticos

O projeto da pesquisa desta monografia foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde – FS/UnB, sendo aprovado no mês de março de 2013. O participante assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias, ficando um com a pesquisadora responsável e a outra com participante do estudo.

6. Resultados e discussão

6.1. Perfil dos usuários e suas características sócio-demográficas

Dentre os 55 entrevistados, 67% foram do sexo feminino e 33% do sexo masculino. Todos os entrevistados eram naturais do estado do nordeste, destacando-se a Bahia, Piauí, Maranhão, Ceará e Paraíba por serem as mais mencionadas. Do total de idosos questionados 79% eram aposentados e 21% constituídas por donas de casa e pessoas que já tinham dado a entrada e aguardavam a aposentadoria. Quanto ao estado civil, 43% casados, 28% viúvos, 16% divorciados e 13% solteiros.

12,5% declaram ter nível superior, enquanto 58% disseram ser sem escolaridade e 29,5% possuíam ensino fundamental incompleto. A falta de oportunidade para estudar foi justificada de forma unânime, pela vida mantida no interior da cidade. Segundo informações dos entrevistados, muitos pais não deixavam suas filhas estudarem por receio de seguirem um caminho contrário aos seus ensinamentos, sendo mais fácil controlá-las dentro de casa e fazendo os serviços domésticos. Já os homens iniciaram cedo o trabalho braçal para ajudar em casa e, assim, também constituíram suas famílias precocemente.

É sabido sobre a alta quantidade de analfabetos no Brasil, um aspecto que pode influenciar na intimidação desta população carente de educação na busca por atendimento, orientação e acompanhamento médico e, também, na adesão em ações voltadas à sua prevenção de doenças e promoção da saúde (CARBONI; RAPPETTO, 2007).

Apesar do exposto, há contradição para o presente estudo, visto que a participação nas academias, em sua grande maioria é por idosos sem escolaridade e isso não os impediu de aderir ao programa. Os participantes da pesquisa mostraram ter conhecimento de seus direitos, mesmo que de forma superficial, sabem que não foi “um presente” do governo e, sim, sua obrigação e se mostram inquietos frente a não conservação e manutenção dos locais onde praticam seus exercícios.

6.2. Condições auto-referidas de saúde e de morbidade

As doenças crônicas foram relatadas em 87,5% dos idosos. Dentre as mais mencionadas pelos idosos estão a hipertensão com 62,5%, diabetes com 31,2%, depressão 25% e doença respiratória também com em 25%. Foi mencionado um único caso de idosa em tratamento de câncer de mama.

Os dados obtidos foram coerentes com o mencionado na literatura, principalmente o os altos índices de hipertensão arterial e diabetes no idoso. Camarano *et al* (2005) *apud* Gonzalez (2008) identificaram que a hipertensão arterial é a morbidade mais prevalente em idosos. A elevação considerável da incidência de hipertensão e diabetes nesta idade é ocasionada não apenas pelo aumento da população, mas, também, pela cobertura dos serviços de saúde, pois o indivíduo assistido por um profissional de saúde pode identificar e se declarar portador da doença. Porém, as principais causas associadas ao envelhecimento são advindas da perda da capacidade funcional e má adaptação e não por conta das doenças crônicas em si (MATSUDO *et al.*, 2009).

Apesar de sentirem necessidade de um acompanhamento do profissional de saúde enquanto se exercitavam nas ATIs, 89% dos pesquisados disseram ter recebido orientação médica para realizarem atividade física regular e fazerem acompanhamento contínuo por portarem uma ou mais doença crônica. Apenas na ATI localizada próximo ao Centro de Saúde houve relatos, correspondente a 3% do total, sobre recomendação dos profissionais do Centro de Saúde aos participantes para a realização de atividade física. São referenciados principalmente aos seus pacientes que queixam de dores no corpo e utilizam medicamentos de uso contínuo.

Todos os idosos envolvidos no estudo são usuários do Sistema Único de Saúde. Destes, 35% possuem plano de saúde. E 57% dos que utilizam o SUS frequentam o Centro de Saúde de forma regular, por meio de consultas, busca de seus medicamentos, realização de exames e outros.

Quanto ao consumo de bebida alcoólica e cigarro de todos os pesquisados, 18,75% disseram consumir ambos e 6,25% declaram serem viciados em álcool. Sabe-se que o uso abusivo de drogas ilícitas prejudica a pessoa na realização de suas atividades diárias, no caso do idoso, esta prática prejudica na adesão a atividade física regular e em outras ações que garantam sua qualidade de vida e

envelhecimento ativo. O uso frequente de álcool traz outro agravante que é o de aumentar o número de quedas como consequência.

O exercício físico regular é de suma importância para prevenir a redução da capacidade física funcional e otimização do processo de locomoção da pessoa idosa, ao pensarmos que o número de fraturas e quedas cairá, trazendo benefícios à saúde do idoso. A atividade física regular não apenas previne doenças, mas, também, melhora no funcionamento do organismo que apresenta doenças crônicas (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

6.3. Adesão/ acesso

A adesão e motivação a atividade física regular depende de vários aspectos, como: apoio familiar; históricos da prática regular de atividades físicas; indicação do profissional de saúde; disponibilidade de tempo; gênero; infraestrutura local; condição socioeconômica, acesso e valorização da prática de exercício. Considerando que o real motivo ou conjunto destes pode variar de acordo com o ambiente, com o tempo e com a população estudada (FEREIRA; NAJAR, 2005).

Com o exposto acima, fica evidente que a literatura, no que concerne a esta temática, está de acordo com os resultados analisados neste estudo. Os idosos, em sua totalidade, receberam apoio da família para praticar suas atividades físicas, há casos, que vão acompanhados por seus familiares. Relatos comprovaram que a motivação vinda do parente foi o estopim para encorajá-los na busca por atividades físicas regulares.

Os idosos questionados se sentem privilegiados por contarem com a presença das ATIs próximas de suas residências. Argumentaram que a curta distância os motiva a procurar mais vezes a ATI, durante a semana.

As ATIs são de acesso gratuito, o que motiva as pessoas da terceira idade sem muitas condições financeiras a frequentarem e preferirem este local. Ferreira, M.S; Najar, A.L (2005) *apud* Hunter (1994) constataram que os locais ao ar livre colaboram para uma vida ativa e realçam a identidade da comunidade, pois estas mudanças no ambiente podem aumentar o interesse para aderir às práticas por atividades físicas.

Nesta pesquisa, 43,7% das pessoas disseram ter realizado algum tipo de atividade física quando mais jovem e a caminhada é a atividade predominante entre

aqueles que já realizaram ou realizam alguma atividade física, além dos exercícios feitos na academia. Durante a observação e conversa, notou-se que os idosos não passaram por uma “aula” que demonstrasse o uso correto dos aparelhos, a importância ao utilizá-los e qual ou quais regiões do corpo cada aparelho trabalha.

A falta de informação sobre o uso dos equipamentos é um fator propício a lesões e, com isto, possível afastamento do idoso a prática das atividades. Uma vez prejudicados durante a busca por bem estar, o retorno as atividades ficará fragilizada por conta do receio em machucar novamente e/ou piorar a lesão já causada.

6.4. Condições e acessibilidade dos aparelhos das ATIs

Todos os aparelhos foram bem vistos pelos usuários, quando referido a sua funcionalidade. Os equipamentos que requerem maior força física contam com o próprio peso da pessoa, sendo assim, o peso do aparelho é relativamente baixo. Apenas 21,8% não utilizam todos os aparelhos por não se sentirem confortáveis ou por não acharem necessário. Toda a aparelhagem tem identificação que mostra a região correta do corpo do indivíduo que será trabalhada, mas não o suficiente para dar segurança ao idoso quanto a sua importância e função.

Os resultados quanto a insatisfação da conservação dos aparelhos foram semelhantes em todas as academias, apenas na academia localizada na QNP 14 houve satisfação pelos usuários com relação a sua conservação. Visto que, nesta academia, existe uma mobilização da comunidade para manutenção e conservação do local. O cuidado por parte dos usuários é mencionada, não há espera por entes governamentais para realização de ações de revitalização da ATI/PEC. Por meio de bingos e venda de rifas foi mencionado como meio de arrecadar verba para manutenção de equipamentos e conservação, feita com pintura, arborização e limpeza do local.

Todos os usuários frequentam a academia, no mínimo, três vezes por semana e não houve registro de nenhum caso de acidente com aparelhos durante o estudo. E também não ocorreu nenhum relato de alguém que já tenha sofrido algum acidente, no local, durante a realização de suas atividades físicas regulares. Os usuários da ATI identificam os equipamentos quebrados e não os utilizam por receio de machucá-los. Crianças, adolescentes e até mesmo adultos, sejam usuários de

drogas ou não, são mencionadas como os principais responsáveis por danificar os aparelhos e intimidar os idosos na prática dos exercícios físicos. A aparelhagem fica exposta aos efeitos naturais, como: sol, chuva e outros fatores, por estar ao ar livre.

Logo, faz-se necessário a manutenção periódica. Mas, foi colocado que esta manutenção não é realizada em quatro das cinco academias estudadas. Apenas na academia que conta com apoio da comunidade tem seu estado de conservação satisfatório.

Das cinco academias, quatro precisam de maior atenção para a manutenção urgente dos aparelhos. Com análise destas quatro academias com muitas queixas, foi possível observar que 16% avaliaram a qualidade e conservação dos aparelhos como péssima, 20% como ruim; 41,81% como razoável e 21,8% como boa ou ótima. As falas a seguir identificaram a insatisfação de seus usuários:

“Não adianta inaugurar um monte de academias pela cidade e não garantir a manutenção, infelizmente tem pessoas que quebram os aparelhos...”

“... esses aparelhos são de metal, mas precisa de cuidado, ao longo do tempo estraga e “as pessoas de fora” ajudam para isso”.

6.5. Segurança local

Os idosos que, às vezes, frequentam a ATI no período da noite foram os que mais reclamaram da segurança no local, principalmente por não terem uma iluminação adequada e ser um período de grande circulação de usuários de drogas e vândalos. Os idosos são intimidados por jovens que ocupam os bancos e falam sobre assuntos indelicados no local. Muitos relatam ser uma falta de respeito, haja vista que o local de livre circulação de pessoas, porém voltado para aqueles que pretendem praticar exercício físico e não é um ambiente para uso de drogas e/ou vandalismos.

De acordo com relato de um idoso, ele já foi vítima de agressão verbal pela mãe de um adolescente que estava brincando de forma incorreta em um dos aparelhos. Identificou-se que 53% dos participantes afirmaram não se sentirem seguros ao realizar as atividades físicas, pelos motivos já mencionados.

A academia localizada na QNN 24 se tornou habitação de jovens que utilizam o local de forma indevida. A situação intimida àqueles que têm vontade de realizar

seus exercícios durante o período da tarde e/ou noite. Constatou-se na observação que o período da tarde, nesta ATI, fica vazia pelos praticantes de atividade físicas quiçá pelo sol e por frequentadores com interesses adversos.

De modo geral, o período da noite é um horário menos frequentado pelas pessoas, devido a falta de policiamento e iluminação adequada no local. Os que optam por este períodos geralmente vão acompanhados com outras pessoas e contam apenas com aquele horário para se exercitar.

6.6. Bem estar

Quando perguntados sobre a observância de alguma melhora em sua saúde após frequentar a ATI/PEC todos falaram pelo menos uma melhora. Os principais motivos identificados neste estudo para a realização de atividade física regular na terceira idade foram: amenizar as dores no corpo; tornar-se mais ativo, aumento do círculo de amizade e diminuição/controle de medicamentos de uso contínuo.

Foram identificados dois perfis de idosos, aqueles em estado psicológico e físico satisfatório, com disposição para conversar, sugerir mudanças, sem acomodação perante a vida. O outro perfil é caracterizado por idosos que vão desmotivados à academia, mas acreditando que a atividade poderá fazer bem. Estes começaram a se exercitar faz pouco tempo e não praticavam atividade física quando mais jovem. Embora tenham um comportamento deprimido, falaram pouco e com difícil compreensão ao pesquisador, mas mesmo assim, foi perceptível a satisfação por frequentar o local.

Os idosos, em sua maioria, dão preferência ao período da manhã para realizarem suas atividades físicas. Relatam, com isso, sentirem-se mais dispostos ao longo do dia e seguros, como mencionado. Relatam ainda que no horário matinal, encontram todos os colegas e, portanto, sentem-se mais motivados durante para a prática da atividade física regular. O diálogo entre eles é muito intenso, ao mesmo tempo em que usufruem dos aparelhos a conversa acontece como uma terapia. Existe o compartilhamento de situações semelhantes em seus lares e troca de aconselhamento. Foi observado que não são acomodados perante os problemas da sociedade, debatem sobre temas que estão em polêmica, mostram-se estar incomodados com as fragilidades políticas e, também, sabem de suas obrigações como cidadãos.

Dos entrevistados, 28% são viúvos e buscaram a academia como uma forma de amenizar seu sofrimento da perda. Eles encontraram frequentando a academia, apoio e a troca de experiências, enquanto se exercitam. Muitos relataram ter melhorado sua auto-estima, ganharam novos amigos para conversar e também escutá-los. Isto fica claro na fala de um usuário:

“Aqui tenho meus amigos que me escutam e ainda posso me exercitar, trabalhando mente e corpo.”

A depressão no idoso geralmente é motivada pela ausência da qualidade de vida em conjunto com o isolamento social e morbidades graves. Estudos já realizados, sobre a ligação da atividade física como facilitador no tratamento de depressão em idosos, afirmam que praticar exercícios físicos é uma forma não-farmacológica para superar o quadro depressivo. A atividade física, realizada em grupo, aumenta a auto-estima do idoso, favorece nas relações psicossociais e o restabelece do equilíbrio emocional (STELLA *et al*, 2002) .

A OMS (2003) afirma que a participação em atividades físicas, sejam elas leves e/ou moderadas, pode retardar os declínios funcionais do indivíduo. Pode-se dizer que, uma vida ativa melhora a saúde mental e colabora na redução das desordens, como: a depressão e a demência.

O uso contínuo de medicamentos é bastante comum neste grupo de pessoas, visto que é alto o percentual de participantes portadores de uma ou mais doenças crônicas. Algumas pessoas relataram antes de iniciar atividades físicas e cuidar melhor da alimentação a necessidade de conciliar vários medicamentos no tratamento da doença crônica e hoje, com a prática regular das atividades físicas nas ATIs e mudanças de hábitos de vida melhora significativa na sua condição de saúde. Outros dizem apenas com mudanças nos hábitos de vida já foram suficientes pra controlar glicose e/ou pressão.

Com a prática de atividade física, todos perceberam ganho de resistência e redução no número de quedas em suas atividades diárias. Os usuários da ATI não praticam exercícios físicos por estética, têm a visão de que vão ao local para manter e/ou melhorar seu estado físico, psicológico e comportamental. Também observaram que a atividade amenizou as dores sentidas, queixam-se menos por sentirem redução no mal estar. Consideram-se mais resistentes para fazer atividades simples do cotidiano, como: arrumar casa, cozinhar, cuidar dos netos, trabalhar, acompanhar os familiares durante o final de semana em atividades de lazer, dentre outros.

6.7. Apoio profissional

A população idosa é caracterizada por sua crescente dependência, motivada pelas alterações fisiológicas e patológicas proveniente da idade. Para incentivar este grupo sobre a importância da prática da atividade física, faz-se necessário não apenas implementar os serviços, mas dá suporte necessário para que a ideia em ação, não cause mais problemas ao invés de alcançar o objetivo proposto de prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade, por exemplo.

Foi notória a carência de um profissional de saúde, como médico ou enfermeiro, para acompanhar os idosos durante a prática de atividade física. Em sua totalidade, observou-se a queixa pela ausência de um profissional e, em todas as falas, a demanda por profissional de saúde foi vista. Houve relatos de insegurança no caso de um mal estar, por saberem que não terão um aporte assistencial imediato, apenas na ATI localizada próxima ao Centro de Saúde esta debilidade não foi significativa.

Esse fato pode se justificar pelo falta de conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento da rede de atenção básica de saúde, visto que os profissionais de saúde podem e são encontrados, próximos das residências, por meio dos Centros de Saúde e outras instituições com estratégia de Saúde da Família para dar esse tipo de suporte imediato à população. É preciso reforçar a população idosa informações sobre as medidas de emergência durante algum transtorno na ATI.

Na situação do usuário da ATI passar mal, as pessoas presentes poderão acionar a ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou outra assistência rápida, por meio do telefone, para que os bombeiros possam fazer esse primeiro contato de atendimento. Ressalta-se a não observância e obrigatoriedade da figura de um profissional de saúde em todos os locais onde há pessoas praticando exercícios físicos.

Durante a observação, ficou evidente que os idosos não passaram por uma “aula/treinamento” que demonstre o uso correto dos aparelhos e sua importância. O tempo de exercício vai do senso de cada usuário, alguns marcam 10 minutos em cada aparelho, outros que não usam todos os aparelhos fazem as atividades no tempo de 1 hora com ou sem caminhada.

Outro profissional demandado pelos idosos foi o professor de Educação Física. Os usuários da ATI/PEC sentem-se inseguros quanto ao uso abusivo dos

aparelhos, dizem fazer o que o outro colega faz, por receio de exagerar nos exercícios. Muitos revezam entre uma atividade e outra, como forma de prevenção a lesões e, também, para passar a vez à pessoa que espera para fazer seu treinamento. Os pesquisados afirmaram usarem os equipamentos com orientação de outro usuário e o conhecimento é passado de pessoa por pessoa. Porém, não existe conhecimento sobre a forma certa de uso, o tempo em cada aparelho e seus efeitos benéficos e maléficos a saúde.

São poucas as referências e discussões sobre a importância do profissional de saúde no acompanhamento do paciente. Apropriar-se sobre a condição de vida da pessoa cuidada é abrir um leque de possibilidades de amenizar e curar seus sofrimentos. O paciente bem acolhido, por todos os profissionais envolvidos, sente-se mais seguro e confiante durante o processo de tratamento, tornando-o com maiores chances de ser bem sucedido.

6.8. Motivação e importância da prática de exercícios físicos regulares na percepção dos usuários

O conhecimento não é o suficiente para modificar o estilo de vida da pessoa.

A busca por novas atividades durante a vida, geralmente, acontece com a presença de um fator motivacional ou um conjunto deles. Para o cidadão decidir realizar alguma atividade, como por exemplo, a própria prática de exercícios físicos, ele elencou dentre as suas prioridades que aquela seria a principal e necessária no dado momento (BATISTA *et al*, 2005).

Quando perguntados sobre a indicação para as academias ao ar livre, 37,6% foram indicados por amigos; 35,9% por familiares; 23,5% pelo Programa Ginástica nas Quadras; e 3% indicados por orientação médica. Sendo esses 3% por orientação médica referentes àqueles que frequentam a ATI próximo ao Centro de Saúde. Quando perguntados sobre a indicação à atividade física, independente do local a ser realizado, 89% afirmaram ter indicação médica.

Aderir à prática não ocorre de forma imediata, caracteriza-se por um período de inatividade antes da atingir o estado desejado. Por meio das entrevistas e observações, identificou-se que a importância e os benefícios da realização de exercícios físicos foram relevantes para a adesão dos idosos na academia. Todos os

participantes se consideram praticantes regulares de atividade física por frequentam a ATI pelo menos três vezes por semana.

Os principais aspectos importantes para aderir a ATI, segundo os usuários, foram: a atividade física como aliada na melhora da saúde, haja vista que ameniza as dores provocadas no corpo e, assim, traz bem estar a pessoa que exercita; controle do peso, apesar de ser baixa a quantidade de idosos que estavam em busca de redução de peso; trabalha a auto estima, muitos se consideram mais ativos em suas atividades do cotidiano, o que dá empoderamento para este grupo de pessoas que são estigmatizadas pela sociedade por conta da falta de autonomia; ameniza fatores estressantes, houve relatos sobre o relaxamento que a realização dos exercícios causa na pessoa, pois é um momento de busca por equilíbrio, troca de experiências entre os usuários, fortalecimento de laços de amizade motivando o indivíduo a praticar a atividade de forma prazerosa.

6.9. Academias da Terceira Idade - favorecendo a promoção da saúde e a qualidade de vida dos idosos

A visão quanto o modelo de saúde com foco assistencial e curativista foi dando lugar a uma atenção que responda de forma mais ampla, mas ainda com limitações, as necessidades sentidas pela população. As principais ações para intervir no processo saúde-doença são a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento/reabilitação da morbidade.

A promoção da saúde precisa subsidiar as demais políticas públicas de saúde por contribuir na qualidade de vida da sociedade. Moretti *et al.* (2009) trata como um desafio, haja vista que envolve ligações intersetoriais pela gerência pública, aperfeiçoamento de competências e habilidade, capacitação, empoderamento da comunidade, pessoas ativas, contato com a informação, e outros. Com o interesse em uma sociedade mais compreendida de seus direitos e deveres, sobre suas mudanças comportamentais e fisiológicas para tomar a frente das políticas saudáveis.

A Academia da Terceira Idade favorece a promoção da saúde e qualidade de vida dos seus usuários por garantir acesso igualitário, favorece o encontro e interação de um coletivo independente de sua classe social; ameniza o sofrimento sentido pelo grupo idoso, tornando-o agente independente em suas práticas que

buscam por uma vida mais saudável e ativa; empoderamento ao idoso, que além de fornecer uma opção de conservação e melhora da saúde o torna mais ativo, crítico e ciente de suas responsabilidades no zelo pelo local utilizado durante as atividades físicas.

6.10. Academias da Terceira Idade e as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Aprovada pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia das pessoas idosas, por meio de ações coletivas e individuais em saúde, concordando com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Visa promover o envelhecimento saudável, recuperação da saúde, prevenir doenças, manter ou recuperar a capacidade funcional para que os idosos tenham maior qualidade de vida.

Tem como outras diretrizes a atenção de forma integral à saúde do idoso; estímulo às ações intersetorias; fornecer recursos que garantam a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estimular a participação e controle social; divulgar e informar sobre a PNSI para os principais atores interessados, como profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promover o apoio de nível nacional e internacional das experiências realizadas na atenção à saúde do idoso e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Suas diretrizes são essenciais e com condições necessárias para buscar estes propósitos e para serem garantidas é preciso, além de outros aspectos, de uma articulação intersetorial, com a participação de diversos setores para divisão de responsabilidades. A PNSI enfatiza no tópico Esporte e Lazer o estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas. Os benefícios proporcionados pelas ATIs/PECs vão ao encontro ao estabelecido pela política, ao passo que coloca em prática os aspectos documentados na PNSI.

As ATIs garantem a promoção de saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e sua reabilitação, tornando a qualidade de vida uma consequência. Outro ponto observado foi a apropriação destes espaços pelos idosos que hoje defendem o patrimônio que usufruem. Há consciência de que foi um custo de seus próprios

bolsos e sabem que é preciso cuidar do local para continuar na prática de suas atividades com qualidade.

Assim, com a análise dos resultados é visto como principais avanços para o Programa ATI/PEC:

Preocupação dos idosos em se manterem ou tornarem saudáveis e de acordo com a PNSI	Reconhecimento quanto aos benefícios motivados pela prática de atividade física regular	Acesso livre, motivando a inclusão social
Localização próxima de suas residências	Contribuição no ganho de resistência física ↓ quedas	Amenização dores
Contribuição no tratamento e prevenção para depressão	Conscientes sobre importância da adesão - facilitador na melhora das condições crônicas	Empoderamento do idoso promovendo saúde e qualidade de vida.

E como desafios para o programa ATI/PEC:

A falta de segurança	Ausência de apoio profissional
Local com estado de conservação indesejável	Manutenção insuficiente

7. Considerações Finais

O processo de envelhecimento não é sinônimo de doença, envelhecer precisa ser visto como uma fase da vida em que a pessoa não tem a mesma disposição quando mais jovem, mas com capacidade de ser saudável e ativo. Nesta etapa, faz-se necessária a articulação de todos os fatores envolvidos, como os ambientais, culturais, políticos e sociais. Trabalhando com foco nestes aspectos são possíveis melhores resultados em ações que visam assegurar qualidade de vida aos idosos.

O atual perfil epidemiológico e demográfico, juntamente com as projeções para décadas futuras, mostra o aumento da população acima dos 60 anos de idade. A característica de melhora na qualidade de vida desta população brasileira não é suficiente e não terá boas consequências se não tiver um comprometimento dos gestores envolvidos. No Pacto pela Vida, publicado pela Portaria/GM nº 399 de 2006, os gestores assumem a Saúde do Idoso como prioridade contemplada, pela primeira vez, em políticas públicas. Estas medidas são válidas para assegurar ações contínuas e igualitárias de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação de todos os grupos populacionais, em especial, o grupo idoso.

Este estudo apontou a preocupação das pessoas na terceira idade em se manterem ou tornarem saudáveis; seu reconhecimento quanto aos benefícios motivados pela prática de atividade física regular; sem custo, motivando a inclusão social; próximo de suas residências; contribuição no ganho de resistência física e, em contra partida, diminuição das quedas; ameniza dores; contribui no tratamento para depressão como agente preventivo, favorecendo na ampliação do convívio social; conscientes da importância da adesão a esta prática como meio facilitador na melhora das condições crônicas, empoderamento da terceira idade promovendo saúde e qualidade de vida como avanços no Programa Academia da Terceira Idade/Ponto de Encontro Comunitário.

Em contrapartida, tem como desafios a serem sanados a falta de segurança; ausência de profissional de saúde e profissional de educação física; local com estado de conservação indesejável; manutenção considerada insatisfatória; ausência de manutenção para torná-lo totalmente eficaz e alcançar a toda a população que precisa e se preocupa em ter um envelhecimento saudável.

Assim, diante do exposto quanto à importância da atividade física na promoção e qualidade de vida do idoso, propõe-se que as administrações em seus

respectivos níveis, por meio de articulações com Secretarias de Saúde, Esporte e Segurança ofertem de forma crescente ações e programas de atividade física na terceira idade. A ampliação do programa Ponto de Encontro Comunitário (PEC), conhecido anteriormente apenas por Academia da Terceira Idade (ATI), depois de terem superados seus desafios, para que os atuais problemas não ampliem, é uma ação interessante para aumentar o número de pessoas, em especial, o idoso na prática por atividade física regular, visto que está de acordo com o preconizado pelas políticas públicas.

As Leis que favorecem a população idosa existem no Estatuto do Idoso, melhorada pela Política Nacional do Idoso (PNI) e incrementada com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), mas isto não garante que haja o cumprimento destas Leis. O envolvimento e comprometimento precisam ser trabalhados com maior empenho pelos principais atores envolvidos: governantes, idosos e familiares.

Além da importância de articulação do profissional graduado em Saúde Coletiva para planejamento, avaliação e monitoramento destas e outras ações que visam o incentivo a prática de atividade física e bem estar à população. Pode-se pensar na inclusão do graduado em Saúde Coletiva/Sanitarista em equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visto que o NASF é constituído por equipes de diversas áreas de conhecimento, dando suporte a Saúde da Família, conseqüentemente, ampliando os serviços da atenção básica. Ademais, a articulação para a melhora da qualidade de vida e promoção da saúde será concretizada, mediante medidas mencionadas, em boas mudanças para as pessoas interessadas.

Referências

ASSUMPÇÃO, Luís Otávio Teles; MORAIS, Pedro Paulo de; FONTOURA, Humberto. **Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas introdutórias.** EFDEPORTES – Revista Digital – Buenos Aires – Ano 8 – Nº 52 - Setembro de 2002.

BATISTA, Anne Aires Vieira; VIEIRA, Maria Jésia; CARDOSO, Normaclei Cisneiros dos Santos; CARVALHO, Gysella Rose Prado de. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP2005; 39(1):85-91.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; MOTA, Jorge Augusto Pinto da Silva. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 387-98.

BONI, Valdete; QUARESMA, Jurema. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80

_____. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988.

_____. BRASIL. **Estatuto do idoso** / organizado por Paulo Paim. – Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003. 68 p.

_____. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso.** Brasília, 1996.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0960-5.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). ISBN 978-85-334-1639-0

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Portaria no. 1.395/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso.** Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1ª edição. Brasília.

CARBONI, Rosadélia Malheiros; REPPETTO, Maria Ângela. **Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 251 - 260, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev. Saúde Pública, 31 (2): 184-200, 1997.

DISTRITO FEDERAL, Governo. **Pesquisa Distrital Por Amostra de Domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011**. Brasília (DF) – fev/2011.

FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro de; *et al.* **Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos**. Rev. bras. cineantropom. desempenho hum; 9(1):92-100, mar. 2007.

GORDILHO, Adriano. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Bahia Análise & Dados. Salvador - BA SEI v.10. n.4. p.138-153. Março 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

KALACHE, Alezandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Rooberto. **O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo**. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21:200-10, 1987.

LEFÈVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, c2004. 166 p.

LOPES, Maria do Socorro Vieira; *et al.* **Análise do conceito de Promoção da Saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 461-8.

_____. MATSUDO, Sandra Mahecha. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. R. Min. Educ. Fís., Viçosa, v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002.

_____. MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor K. R; **Prescrição e benefícios atividades físicas na terceira idade**. Rev. Bras. de Ciência e Movimento. 8 (04) 1992.

_____. MATSUDO, Sandra Mahecha; **Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento**. Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.20, p.135-37, set. 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.

_____. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p. ; ISBN 8527101815

_____. MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo and BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 7-18. ISSN 1413-8123.

MORETTI, Andrezza C. *et al.* **Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

NASRI, Fábio. **O envelhecimento populacional no Brasil.** *Einstein.* 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.

NOBREGA, Antônio Cláudio Lucas. *et al.* **Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso.** *Rev Bras Med Esporte* [online]. 1999, vol.5, n.6, pp. 207-211. ISSN 1517-8692.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial /** Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. *et al.* **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem.** *Texto Contexto Enferm* [online]. 2007 Jul-Set [acesso 2008 Abr 13]; 16(3):536-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tccc/v16n3/a21v16n3.pdf>

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio do curso de administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalhos de conclusão de curso.** São Paulo: Atlas, 1996.

STELLA, Florindo; *et al.* **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física.** *Motriz*, Rio Claro,Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98

TAVARES, Márcia Fernandes; QUEDINHO, Alexandre Pimenta. **Centro de Excelência em Gestão de Políticas Públicas para o Envelhecimento Ativo: um Modelo de Inovação para o Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2010. XII, 83 p.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. **Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos.** *Texto & contexto enferm*;21(1):112-120, jan.-mar. 2012. tab. pt.

_____. VERAS, Renato P. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações: [revisão].** *Rev. saúde pública = J. public health*; 43(3):548-554, maio-jun. 2009. graf.

_____. VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará:UERJ, 1994.

VÍCTORA, Ceres Gomes; *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.: ISBN 8586225169

WHOQOL – Measuring Quality Of Life. **World Health Organization** 1997. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4. English only. Distr.: General. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

ZASLAVSKY. Cláudio; GUS, Iseu. **Idoso. Doença Cardíaca e Comordidades**. Arq. Bras. Cardiol. vol.79 no.6 São Paulo Dec. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Academia da Terceira Idade (ATI): uma perspectiva para a promoção da saúde do idoso de Ceilândia - Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento sobre o perfil dos usuários a fim de identificar os principais avanços e desafios na adesão dos idosos na ATI.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília/ UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra Aldira Guimarães Duarte Dominguez, na instituição Universidade de Brasília, telefone 3376-7487 no horário 08h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS USUÁRIOS DA ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE (ATI) DA CEILÂNDIA/DF.

CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO									
Pesquisado nº ____ Endereço da ATI _____ (Preenchimento feito pelo pesquisador)									
<p>1. Idade: _____</p> <p>2. Sexo: () Feminino () Masculino</p> <p>3. Naturalidade _____</p> <p>4. Estado Civil: _____</p> <p>5. Grau de escolaridade:</p> <table border="0"> <tr> <td>() Sem escolaridade</td> <td>() Ensino Médio Completo</td> </tr> <tr> <td>() Ensino Fundamental Incompleto</td> <td>() Superior Incompleto</td> </tr> <tr> <td>() Ensino Fundamental Completo</td> <td>() Superior Completo</td> </tr> <tr> <td>() Ensino Médio Incompleto</td> <td>() Mestrado ou Doutorado</td> </tr> </table> <p>6. Aposentado(a)?</p> <p>() Sim () Não, qual a profissão _____</p> <p>7. Renda familiar mensal de sua casa:</p> <p>() Menos de um salário mínimo () Um salário mínimo () 2 a 5 salários mínimos () 6 a 9 salário mínimos () 10 salários mínimos ou superior.</p>		() Sem escolaridade	() Ensino Médio Completo	() Ensino Fundamental Incompleto	() Superior Incompleto	() Ensino Fundamental Completo	() Superior Completo	() Ensino Médio Incompleto	() Mestrado ou Doutorado
() Sem escolaridade	() Ensino Médio Completo								
() Ensino Fundamental Incompleto	() Superior Incompleto								
() Ensino Fundamental Completo	() Superior Completo								
() Ensino Médio Incompleto	() Mestrado ou Doutorado								
SAÚDE DO USUÁRIO									
<p>1. Possui alguma doença crônica?</p> <p>() Diabetes () Hipertensão Arterial () Câncer () Obesidade () Doença Respiratória () Doença Cardiovascular () Outra. Qual? _____</p> <p>8. É usuário do Sistema Único de Saúde (SUS)? () Sim () Não</p> <p>9. Utiliza algum tipo de medicamento de uso contínuo? () Se sim, qual? _____ () Não</p> <p>10. É fumante?</p>									

() Ativo () Passivo () Não

11. Consome bebida alcoólica?

() Se sim, com qual frequência? _____ () Não

12. Praticava atividade física quando mais jovem?

() Se sim, qual? _____ () Não

13. Pratica outro tipo de atividade física?

() Se sim, qual? _____ () Não

ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE

14. Quanto tempo gasta de sua casa até a academia?

() 0 a 5 min () 5 a 10 min () 10 a 20 min () 20 a 30 min
mais _____

15. Há quanto tempo frequenta a academia? _____

16. Faz acompanhamento médico?

() Sim () Não

17. Recebeu alguma orientação/indicação médica?

() Sim () Não

18. Como você avalia a qualidade dos aparelhos da academia?

() Péssima () Ruim () Razoável () Boa () Ótima

19. Como você avalia a relação entre os usuários da academias?

() Péssima () Ruim () Razoável () Boa () Ótima

20. Com que frequência você vai à academia?

() 1 (uma) vez por semana () 2 (duas) vezes por semana
() 3 (três) vezes por semana () 4 (quatro) vezes por semana
() 5 (cinco) vezes por semana () 6 (seis) vezes por semana
Outra: _____ (mês/ ano)

21. Considera-se praticante regular?

() Sim () Não

22. Qual o período do dia em que você geralmente vai à academia?

() Manhã () Tarde () Noite

APARELHOS

23. Como você avalia a qualidade dos aparelhos da academia?

() Péssima () Ruim () Razoável () Boa () Ótima

24. Utiliza todos os aparelhos?

() Sim () Não.

Por quê? _____

25. Já sofreu algum acidente durante a prática de atividade física na academia?

() Sim () Não

26. Como você avalia a conservação das instalações?

() Péssima () Ruim () Razoável () Boa () Ótima

27. Como você avalia a limpeza do local?

() Péssima () Ruim () Razoável () Boa () Ótima

28. A iluminação da academia é favorável?

() Sim () Não.

Por quê? _____

29. Você se sente seguro (a) na academia? () Sim

Se não, justifique sua resposta.

30. Qual a motivação para frequentar atualmente?

31. Quais benefícios você encontra ao utilizar a academia? E os pontos negativos?

32. Existe auxílio de algum profissional de saúde no local? Qual?

33. O que você sugere para melhorar a qualidade da academia?

34. Qual a importância da prática de atividade física para você?

35. Como o uso das Academias da Terceira Idade na Ceilândia pode contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida e promoção da saúde?

36. Você se sente mais ativo em seu lar/trabalho/convívio social após iniciar as atividades na academia?

37. Sua família apóia a sua prática por atividades físicas?

38. Observou alguma melhora em sua saúde? Qual?

Agradeço a colaboração!

ANEXOS

Fotografia 1 - Simulador de caminhada



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 2 – Esqui



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 3 – Pressão de pernas



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 4 – Multi exercitador



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 5 – Alongador



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 6 – Simulador de cavalgada.



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 7 – Remada sentada



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 8 - Surf



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 9 - Rotação dupla diagonal e rotação vertical.



Produção: Tatiane Aparecida.

Fotografia 10 – Placa de Orientação



Produção: Tatiane Aparecida.

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Academia da Terceira Idade na Ceilândia: principais avanços e desafios.

Pesquisador: Aldira Guimarães Duarte Domínguez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10820312.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 232.600

Data da Relatoria: 23/03/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo consiste em uma pesquisa quali-quantitativa com avaliação dos principais avanços e desafios da Academia da Terceira Idade para a promoção da saúde do idoso; observação das academias; e aplicação de questionário para uma média de 100 idosos que frequentam uma das cinco academias estudadas da terceira idade na cidade de Ceilândia.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os principais avanços e desafios na adesão dos idosos em cinco Academias da Terceira Idade(ATI) da Ceilândia/DF; Mapear as Academias da Terceira Idade que funcionam na Ceilândia/DF e selecionar cinco para amostra de estudo;Compreender a proposta e o objetivo inicial da implantação das Academias da Terceira Idade em Ceilândia/DF; Descrever o perfil dos idosos que frequentam a ATI, a partir de observações e questionário preestabelecido; Verificar se as Academias da Terceira Idade estão de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa visando promover o envelhecimento ativo e saudável.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos no estudo são mínimos e estão relacionados às intercorrênciasimpoderáveis que podem acometer qualquer ser humano, em especial o idoso, durante suas atividades cotidianas. De modo que não há riscos identificados na aplicação dos instrumentos qualitativos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto da pesquisa está devidamente apresentado seguindo as diretrizes da Resolução CNS 196 e

Endereço: Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Lago Sul

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



complementares. A metodologia empregada permite chegar aos objetivos propostos sem expor os participantes aos riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta ao parecer consubstanciado inicial que apontou três pendências:

- 1) Apresentação dos termos institucionais de toda as academias selecionadas
- 2) Adequação do TCLE seguindo as normas da Resolução CNS 196 (ver modelo disponibilizado no site do CEP/FS-UnB)
- 3) Atualização do Cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a apresentação de novo TLCE, Cronograma e Termo institucional assinado pelo Coordenador Geral de Saúde da Regional de Ceilândia considera-se que as pendências foram devidamente sanadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Março de 2013

Assinador por:

Thiago Rocha da Cunha
(Coordenador)

Endereço: Facul. de Ciências da Saúde-Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Lago Sul

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br